健康保険 厚生年金保険 資格取得・喪失連絡票

（あて先）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

秦 野 市 長

事業所所在地

事業所名称

事　業　主　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

電話番号　　　（　　）　　　　担当者

□取　　得

１．下記の者は、厚生年金保険・健康保険の資格を　　　　　　 したことを連絡します。

□喪　　失

□認　　　定

２．下記の者は、健康保険の被扶養者として　 　　　　　 されたことを連絡します。

□認定を抹消

（該当欄に「レ」をしてください。）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者氏名  （住　所）Ａ | | 〔昭・平・令　　　年　　月　　日生〕　〔男･女〕 | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| 資格取得日 | | 年　 　月 日 | | 被保険者証の記号番号  保険者番号・保険者名Ｃ | | | |  | |
|  | |
| 資格喪失日  Ｂ | | 喪失　　　　 　年　 　月 日)  (退職　　　　 　年　 　月 日) | |
| 基礎年金番号 Ｄ | | | |  | |
| 被扶養者Ｅ | 氏　　名 | | 生　　年　　月　　日 | | 性別 | 続柄 | 異動日 | | 備考 |
|  | | 昭･平･令　　年　　月　　日 | |  |  | 年　　月　　日 | |  |
|  | | 昭･平･令　　年　　月　　日 | |  |  | 年　　月　　日 | |
|  | | 昭･平･令　　年　　月　　日 | |  |  | 年　　月　　日 | |
|  | | 昭･平･令　　年　　月　　日 | |  |  | 年　　月　　日 | |
|  | | 昭･平･令　　年　　月　　日 | |  |  | 年　　月　　日 | |

（記載にあたってのお願い）

１．Ｂ欄の喪失年月日は、退職年月日の翌日を記入してください。

２．「被扶養者」の欄は、被扶養者として認定又は認定を抹消された場合記入してください。

　本人の資格取得又は資格喪失の際に、被扶養者がある場合も必ず記入してください。

　　　　なお、被扶養者の異動だけの場合でもＡ・Ｃ・Ｄ・Ｅ欄は必ず記入してください。

秦野市役所福祉部国保年金課（本庁舎2階）TEL：0463-82-9613(直通)